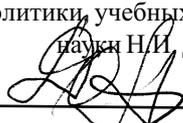


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

Заместитель начальника
Главного управления кадровой
политики, учебных заведений и
науки Н.И. Доста


28 января 2000 г. 28 января
2000 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М. Ореховский


28 января 2000 г.
Регистрационный № 47-9904

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ДУОДЕНИТА

Учреждение-разработчик:

Витебский государственный медицинский университет

Авторы: канд. мед. наук, доц. М.Р. Конорев, д-р мед. наук, проф. А.М. Литвяков, С.В. Огризко

Рецензент: канд. мед. наук, доц. Н.Н. Силивончик

Основой для написания методических рекомендаций явились клинические исследования, проведенные на кафедре госпитальной терапии ВГМУ совместно с отделением пульмонологии с койками гастроэнтерологии ВОКБ. В рекомендациях описаны современные принципы диагностики, лечения и профилактики хронического дуоденита. В отдельном разделе описаны особые формы хронического дуоденита.

Методические рекомендации предназначены для врачей гастроэнтерологов, врачей общей практики, а также участковых терапевтов.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема хронического дуоденита является одной из актуальных проблем современной гастроэнтерологии. Так в общей популяции, при эндоскопическом обследовании, дуоденит выявляется у 19,4% взрослого населения. У лиц, не предъявляющих жалоб со стороны ЖКТ он обнаруживается в 23,1% случаев. Среди больных с диспептическим синдромом хронический дуоденит, с морфологическим подтверждением диагноза, обнаруживается у 17,0–25,6% обследуемых, а среди больных с синдромом неязвенной диспепсии — у 32,0–71,0%. Дуоденит выявляется более чем у 50% взрослого населения, а по отношению ко всем желудочно-кишечным заболеваниям составляет до 30%.

Вместе с тем до настоящего времени не до конца разработана диагностика хронического дуоденита. Определенные трудности возникают и при лечении данной патологии. В связи с появлением новых данных о хроническом дуодените и изучением особых форм хронического дуоденита (в частности хронического геликобактерного и фолликулярного дуоденита) появилась возможность систематизировать диагностику и лечение хронического дуоденита.

Классификация

Выделение бульбарного дуоденита в самостоятельную нозологическую форму описано еще в середине 70-х гг. В МКБ-10 дуоденит также выделен в отдельную рубрику. Некоторые авторы не выделяют дуоденит в отдельную нозологическую форму, а трактуют его как гастродуоденит. Ниже приводится современная классификация дуоденита на основе существующей международной классификации болезней (МКБ-10).

Международная классификация болезней (МКБ-10)

К.29. Гастрит и дуоденит

К.29.8. Дуоденит

К.29.9. Гастродуоденит, неуточненный

Эпидемиология

Первичный (изолированный) хронический дуоденит (ПХД) имеет место у 14,3–24,3% больных с диспептическим синдромом. Из всех больных хроническим дуоденитом на долю ПХД приходится 14,3–26,8% случаев. Часто ПХД встречается у молодых лиц.

Вторичный хронический дуоденит (ВХД) сопутствует многим заболеваниям ЖКТ (хронический гастрит, язвенная болезнь, хронический панкреатит, хронический гепатит, заболевания билиарного тракта, пищевые аллергии) и других органов и систем организма (заболевания почек, в частности уремия, болезни сердца и легких с недостаточностью кровообращения II и III стадии). Из всех больных хроническим дуоденитом на долю ВХД приходится 73,2–85,7% случаев. Ниже приводятся данные о частоте встречаемости ВХД при различных заболеваниях.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Частота встречаемости ВХД у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки по оценкам разных авторов составляет от 66,0% до 95,7%, причем только у 16% из числа больных ВХД обнаружен *Helicobacter pylori*.

Язвенная болезнь желудка. Частота встречаемости ВХД у больных язвенной болезнью желудка составляет 80%.

Хронический гастрит. По литературным данным, хронический гастрит типа В (антральный гастрит) в 75–92% случаев сочетается с хроническим дуоденитом, хронический пангастрит — в 80%. Переход вторичного дуоденита при сочетании с хроническим гастритом в язвенную болезнь ДПК происходит в 21,5–35,0% случаев.

Хронический панкреатит. У всех больных хроническим панкреатитом обнаруживается хронический дуоденит. Хронический диффузный дуоденит без атрофии выявляется в 58,8% случаев, хронический атрофический дуоденит — в 41,2%. Следует отметить, что развитие хронического дуоденита приводит к учащению рецидивов хронического панкреатита. Имеет место связь сопутствующего хронического атрофического дуоденита и нарушения сократительной способности желчного пузыря (гипомоторная дискинезия), уменьшения (нарушения) панкреатического ферментовыделения при хроническом панкреатите.

Хронический гепатит. При хроническом гепатите, особенно развившемся в результате хронических интоксикаций, часто поражается весь желудочно-кишечный тракт, в том числе и двенадцатиперстная кишка. По литературным данным, морфологически подтвержденный хронический дуоденит имеется у 15,5% больных хроническим гепатитом.

Хронические заболевания билиарного тракта. ВХД обнаруживается у 45% больных при заболеваниях билиарного тракта. У больных хроническим бескаменным холециститом ВХД диагностирован в 35,0–79,2% случаев, хроническим калькулезным холециститом — в 67,4–80,0%. Клинические проявления ВХД в значительной степени связаны с патологическими изменениями желчных путей.

Хроническая почечная недостаточность. По данным литературы, хронический токсический (элиминационный) дуоденит обнаружен у 42,3% больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности.

Клиника и диагностика

Многообразие клинических проявлений ПХД позволяет выделять (разграничивать) язвенно-гастрито-холецистито-панкреатитоподобную, смешанную и латентную формы хронического дуоденита. Язвенноподобный вариант течения хронического дуоденита встречается у 82,9% больных данной патологией, гастритоподобный — у 11,9%, холециститоподобный — у 5,2% больных.

Эндоскопическая характеристика. По локализации выделяют дуоденит диффузный или тотальный (с поражением проксимального и дистального отделов), дуоденит проксимального отдела или бульбит (почти всегда связан с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки), дуоденит дистального отдела (обычно связан с заболеваниями поджелудочной железы) и дуоденит локальный, с воспалением в области большого дуоденального соска (часто связан с заболеваниями билиарного тракта).

При поверхностном дуодените слизистая неравномерна отечна. В зонах отека видна резкая гиперемия в виде пятен (пестрый вид). Участки гиперемии 0,2–0,8 см в диаметре. Незначительное утолщение складок слизистой. При резко выраженном дуодените участки пятнистой гиперемии сливаются в поля 2,0–4,0 см или диффузное поражение, мелкоточечные геморрагии, слизистая легко ранима, кровоточит. На отдельных участках появляются эрозии. При атрофическом дуодените на фоне отека и гиперемии есть участки истонченной слизистой с просвечивающими сосудами. У лиц старше 70 лет данная форма наблюдается в 40% случаев. Эндоскопический и морфологический диагнозы не совпадают в 30% случаев. При фолликулярном дуодените на бледно-розовой слизистой видны мелкие образования округлой формы 0,2–0,3 см на широком основании беловатого цвета. Часто бывают множественными: могут располагаться кучно, а могут и на расстоянии, обычно в луковице. При умеренно выраженном папиллите слизистая в области соска отечна, сосок бледный, нет блеска, ворсины могут быть белесоватого оттенка. При выраженном папиллите наблюдается резкая гиперемия, отек, лучистый рисунок исчезает, поверхность неровная, бугристая, размеры соска могут увеличиваться до 1,5–2,0 см.

Гистологическая характеристика. При легком течении хронического дуоденита имеют место незначительные морфологические изменения, по типу поверхностного дуоденита; при среднетяжелом течении — значительные морфологические изменения (атрофический и эрозивный дуоденит).

Особые формы хронических дуоденитов

Хронический узловый (нодулярный) дуоденит. Авторы рассматривают его как возможные последствия лечения антисекреторными препаратами, что представляет трудности для его устранения. При этой патологии больные предъявляют жалобы на боль в эпигастрии, изжогу, быстрое насыщение при приеме пищи, метеоризм, тошноту, рвоту. В анамнезе отмечается язвенная болезнь у 58% обследованных, гастроэзофагальный рефлюкс — у 33% больных.

Эндоскопическая характеристика. Множественные эритематозные узлы в проксимальном отделе ДПК, по всей видимости, представляющие собой вариант воспаления слизистой оболочки ДПК. У больных с нодулярным дуоденитом эндоскопически в 32% случаев обнаружен гастрит, в 17% — эзофагит. *Гистологическое исследование* узлов выявило у 58% больных хроническое воспаление, у 9% — гиперплазию бруннеровских желез, у 7% — желудочную метаплазию и у 26% — нормальную слизистую.

Хронический геликобактерный дуоденит. Представляет собой воспаление слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, связанное с жизнедеятельностью НР в участках желудочной метаплазии слизистой ДПК. Хронический НР-дуоденит выявляется у 8,3–28,6% гистологически обследованных лиц. У больных с эрозиями в дуоденальной слизистой он встречается в 61,5% случаев, а у лиц имеющих пептическую язву луковицы ДПК — в 26,3%. В анамнезе отмечаются контакты пациентов с больными раком желудка, лимфомой желудка, язвенной болезнью и гастритом, вызванным *H. pylori* и проживание в несоответствующих нормам гигиенических условиях на небольшой площади с другими людьми. Предрасполагающими факторами являются: 1) сильноокислая рН (0,9–2,9) в теле желудка с «закислением» луковицы ДПК (рН 4–6); 2) наличие желудочной метаплазии в слизистой двенадцатиперстной кишки.

При наличии этих факторов происходит колонизация НР участков желудочной метаплазии слизистой ДПК с формированием НР-гастродуоденита (при одновременной персистенции НР в желудке и метаплазированной слизистой ДПК), а с развитием выраженных атрофических изменений в слизистой желудка — НР-дуоденита (при персистенции НР только в ДПК, без персистенции НР в желудке). Эмиграция НР в ДПК происходит на слущенных клетках покровного эпителия и компонентах слизи находящихся в желудочном содержимом, а также в слизистых наложениях. Хронический НР-гастродуоденит встречается у 18,6%, а НР-дуоденит — у 4,7% лиц с диспептическим синдромом. *Эндоскопическая характеристика.* При хромодуоденоскопии с метиленовым синим на фоне активного воспаления (99,8%) и эрозивно-язвенных (87,8%) дефектов слизистой ДПК отмечались неокрашенные участки, соответствующие участкам желудочной метаплазии. *Гистологическое исследование* выявило активное хроническое воспаление дуоденальной слизистой (98,8%) и участки желудочной метаплазии с персистенцией НР (100,0%).

Постановка диагноза

По литературным данным, жалобы больного не играют определяющую роль в диагностике дуоденита. При хроническом дуодените отмечается своеобразное нарушение аппетита — частое отсутствие аппетита сменяется периодически «волчьим голодом». Часто беспокоят головные боли и астеновегетативные расстройства, которые могут быть даже более выраженными, чем при язвенной болезни. Боли при хроническом эрозивном дуодените чаще носят постоянный характер. При сочетании хронического дуоденита с другими заболеваниями ЖКТ болевой синдром и астеновегетативные расстройства могут сохраняться и после исчезновения или уменьшения клинических признаков основного заболевания.

Распространенность патологического процесса определяется дуоденоскопией. При определении первичного или вторичного характера поражения в развитии хронического дуоденита данные ФЭГДС не специфичны. По оценкам ряда авторов, для разграничения первичного и вторичного хронического дуоденита необходимо проводить рентгенологическое исследование, включая дуоденографию в условиях гипотонии, которое позволяет выявить функциональные нарушения в форме гипермоторики, спазма, антиперистальтики, атонии, бульбостаза и дуоденостаза; ультразвуковое исследование органов брюшной полости, позволяющее выявить сопутствующие заболевания ЖКТ; компьютерную и ядерно-магнитную томографию, при трудностях постановки диагноза после обследования вышеперечисленными методами исследования. Если имеется связь основного заболевания (холецистит, панкреатит и т.д.) и хронического дуоденита (они могут протекать параллельно), то наибольшее значение имеет анамнез и обследование на более ранних этапах.

Достоверный диагноз хронического дуоденита геликобактерной этиологии устанавливается с помощью хромодуоденоскопии и прицельной дуоденобиопсии из неокрашенных участков слизистой. Выявление НР в слизистой ДПК осуществляется морфологическим методом (окраска гистологического среза по методу Романовского-Гимзы или Вартина-Старри и альциановым голубым рН 1,0 2,5) и быстрым уреазным тестом. Для определения рН желудочного и дуоденального содержимого натошак необходимо проводить эндоскопическую рН-метрию.

Лечение

Принципы лечения хронического дуоденита: 1. Рациональный режим труда, отдыха, питания (полноценное, дробное питание, с ограничением избыточного употребления жиров и углеводов, грубой, очень острой и горячей пищи, обильной еды на ночь), компенсирующий действие этиологических факторов на слизистую ДПК. 2. Фармакологическая коррекция моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, кислотообразовательной функции желудка. 3. Эрадикация *H. pylori*. 4. Лечение сопутствующей патологии. В фазе обострения назначают протертый вариант диеты № 1 или реже № 1б по Певзнеру, в фазе ремиссии — диету № 15. Необходимо тщательное соблюдение режима питания (5–6 раз в сутки), исключение продуктов вызывающих повышенную продукцию соляной кислоты в желудке (острых блюд, кофе и др.), отказ от курения, ограничение употребления алкоголя. Следует избегать длительных нервно-психических перенапряжений. При наличии выраженных диспептических расстройств используют препараты нового поколения нормализующие моторную функцию гастродуоденальной зоны: домперидон или цизаприд внутрь по 0,01 г 3 раза в день за 15–30 мин до еды. Также можно использовать метоклопрамид внутрь по 0,01 г 3 раза в день перед едой. При повышенной кислотообразовательной функции желудка назначают омепразол 0,04 г ежедневно или фамоцидин 0,02 г 2 раза в день. При наличии НР в слизистой оболочке необходимо решить вопрос об антигеликобактерной терапии.

Абсолютные показания к лечению инфекции *H. pylori* (согласно рекомендациям Европейской (Маастрихт, 1996) и Российской (Москва, 1997) группы по изучению *H. pylori*):

1. Язвенная болезнь желудка и ДПК в стадии обострения и в стадии ремиссии.
2. Язвенное кровотечение и ушитая перфоративная язва как осложнение язвенной болезни.
3. Гастродуоденит с выраженными изменениями слизистой оболочки.
4. Состояние после резекции желудка по поводу рака.

Ниже приводятся основные стандартные современные схемы лечения НР с применением трех препаратов.

1. Омепразол 40 мг ежедневно, кларитромицин 500 мг 2 раза в день, амоксициллин 1000 мг 2 раза в день. Длительность лечения 7 дней. Эрадикация *H. pylori* наступает в 90–98%. Побочные эффекты: диаррея и тошнота у незначительной части больных.

2. Омепразол 20 мг 2 раза в день, кларитромицин 500 мг 2 раза в день, метронидазол 500 мг 2 раза в день. Длительность лечения 7 дней. Эрадикация *H. pylori* – 90–95%. Побочные эффекты: диаррея и тошнота у незначительной части больных.

3. Омепразол 40 мг ежедневно, амоксициллин 1000 мг 2 раза в день, метронидазол 500 мг 3 раза в день. Длительность лечения 7 дней. Эрадикация *H. pylori* – 80–95%. Побочные эффекты: диаррея, тошнота.

Вместо ингибиторов протонной помпы можно использовать блокаторы H_2 -рецепторов гистамина (фамотидин 40 мг или ранитидин 300 мг ежедневно). В этом случае длительность антибактериальной терапии увеличивается до 10–14 дней.

Согласно национальному стандарту США, который регламентирует показания и лекарственные комбинации эрадикационной терапии, ингибиторы протонной помпы необходимо принимать после основного курса лечения как минимум еще 2 недели, блокаторы H_2 -рецепторов гистамина — 4 недели. Длительное подавление выработки

HCl создает неблагоприятные условия жизнедеятельности НР на слизистой оболочке и ограничивает дальнейшее распространение желудочной метаплазии в луковице двенадцатиперстной кишки.

При вторичном хроническом дуодените необходимо раннее выявление и лечение тех заболеваний, которые способствуют развитию и прогрессированию хронического воспаления в ДПК. Эффективна комплексная терапия, направленная на различные патогенетические звенья.

В осеннее и весеннее время года больным хроническим дуоденитом, особенно язвенноподобной формой, следует проводить противорецидивное лечение по общим принципам профилактики обострения язвенной болезни.

Профилактика

Профилактика хронических дуоденитов включает медленный темп еды, полноценное, регулярное, дробное (5–6 раз в день), рациональное питание, с ограничением избыточного употребления жиров и углеводов, грубой, очень острой и горячей пищи, обильной еды на ночь, злоупотребление кофе, борьбу с курением и алкоголизмом, отсутствие длительных нервно-психических перенапряжений, своевременное лечение заболеваний органов пищеварения, часто сопровождающихся развитием сопутствующего дуоденита, лечение глистных инвазий. Для профилактики фолликулярного дуоденита следует принимать антисекреторные препараты короткими курсами. Для профилактики НР-дуоденита необходима своевременная эрадикация НР и контроль за ее эффективностью. В настоящее время разрабатываются методы иммунизации против НР-инфекции. В качестве антигена применяется, в большинстве случаев уреазы или компоненты клеточной стенки бактерии. У большинства животных, прошедших иммунизацию, наблюдалась низкая частота встречаемости и слабая степень обсемененности НР, по сравнению с группой неиммунизированных животных. Проведены первые иммунизации на добровольцах, которые показали обнадеживающие результаты.